

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

302

PAR

Jean CARPIER

Né le 2 Décembre 1913 à Trégomeur (Côtes-du-Nord)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE QUELQUES FORMES LOCALISÉES, ANORMALES
DE L'ACRODYNIE INFANTILE

Président de Thèse : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91. BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
Jean CARPIER

Né le 2 Décembre 1913 à Trégnier (Côtes-du-Nord)

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE QUELQUES FORMES LOCALISÉES, ANORMALES
DE L'ACRODYNIE INFANTILE**

Président de Thèse : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale.....
 Chimie médicale.....
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générale....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.
 Pathologie expérimentale et comparée....
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des ma-
 ladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphi-
 litiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile et ortho-
 pédie
 Clinique thérapeutique médicale.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique.....
 Clinique de la Tuberculose.....
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-
 dulte
 Clinique cardiologique
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-Sociale.....

R JUVIERE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI
 ROBERT DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VALLERY-RADOT.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LEVY-VALENSI.
 HENRI BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER
 RATHERY.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.

LAIGNEL-LAVASTINE.

GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO
 GOSSET
 GREGOIRE
 LENORMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LEVY-SOLAL.
 MOCQUOT.

OMBREDANNE
 HARVIER.
 LEMAITRE.
 PIERRE DUVAL.
 M. VILLARET.
 TROISIER.

MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...

Professeurs sans chaire.....



HAZARD.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.

MM.

Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOLI..
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie chirurgicale . MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUTAI
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÉNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale . HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale . SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCC.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale		
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*En témoignage de mon
amour filial et de ma grande
reconnaissance.*

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

*En témoignage de mon af-
fection.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*En souvenir des bonnes an-
nées passées à l'Hôtel-Dieu
d'Angers.*

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBRE

Professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARBARY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin de l'Hôtel-Dieu d'Angers

*Qui nous a fourni le sujet
de cette thèse et nous a aidé
de ses conseils.*

*Qu'il veuille trouver ici le
témoignage de notre respec-
tueuse gratitude.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE D'ANGERS

A TOUS CEUX QUI M'ONT GUIDE

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN

Professeur honoraire de clinique chirurgicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR METZGER

Directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENECHAU

Professeur de clinique médicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRUCHAU

Professeur de clinique chirurgicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR NEDELEC

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR NAULLEAU

Professeur suppléant de clinique chirurgicale

A MESSIEURS LES DOCTEURS
BIGOT, GAUTIER, TESTARD, BOUMARD

*Que chacun y trouve ma
reconnaissance.*

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion de voir et d'étudier quelques cas d'acrodynie infantile au cours de nos années d'étude à l'Ecole de Médecine d'Angers. Monsieur le Professeur Barbary nous en a montré dans son service à l'Hôtel-Dieu ; il a bien voulu mettre à notre disposition, pour l'exécution de cette thèse, ses documents et observations personnelles d'acrodynie à formes *frustes*, *localisées* et *anormales* qu'il a rencontrées au cours de sa carrière médicale. Nous lui sommes très reconnaissants d'avoir ainsi largement facilité notre tâche, particulièrement difficile dans les circonstances actuelles, en apportant les documents qui illustreront le sujet de cette thèse.

INTRODUCTION

Il est souvent difficile de poser dès le début le diagnostic d'acrodynie. Pendant plusieurs semaines, parfois plusieurs mois, les médecins les plus avisés, mis en présence d'enfants « pleurnichards », ne dormant plus, ayant des crises douloureuses paroxystiques, mangeant mal, s'amaigrissant, pensent à une tuberculose froide, à des troubles dyspeptiques graves avec avitaminose, à l'hérédosyphilis, etc... — L'apparition des signes cardinaux de l'acrodynie : troubles psychiques, crises douloureuses, troubles trophiques et circulatoires des extrémités, accompagnés de tachycardie sans fièvre leur permet tardivement d'établir un diagnostic précis, exact.

Les difficultés sont plus grandes encore quand il s'agit de formes d'aspect localisées et anormales, dont la multiplicité peut se répéter, à notre avis, à l'infini.

Ayant eu l'occasion d'observer 53 cas d'acrodynie infantile, nous avons rencontré 15 fois ces formes anormales et nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant d'en faire la relation, car elles intéressent

non seulement le praticien, mais aussi tous les spécialistes : psychiatres, ophtalmologistes, otorhinolaryngologistes, dermatologistes, urologistes et même dentistes.

Il semble en effet parfois presque insensé de poser le diagnostic d'acrodynie en présence d'un enfant qui paraît vraiment fou, qui a une kérato-conjonctivite intense, une otite externe, des placards eczémateux, des signes de cystite, des douleurs dont l'origine dentaire semble vraisemblable.

Et pourtant ces cas ne sont pas exceptionnels puisque personnellement nous en avons observé 15 cas dont 2 psychiques, 6 ophtalmiques, 3 dermatologiques, 3 auriculaires, 1 urinaire et 1 dentaire.

1° FORME PSYCHIQUE

Les troubles psychiques constituent toujours dans l'acrodynie un symptôme de première valeur. Marqués ou atténués, ils ne manquent jamais.

L'enfant qui normalement était enjoué, devient grognon, maussade vis-à-vis de ses parents et de ses petits amis ; il est hargneux, frappe volontiers du poing, mord. Les sentiments affectueux sont disparus et font place à une haine généralisée vis-à-vis de tous ceux qui l'approchent. Le médecin est fort mal accueilli et reçoit parfois un déluge de coups, heureusement inhabiles et sans portée violente. Il nous a été donné de voir une jeune malade de 11 ans, armée d'un couteau et décidée à s'en servir contre ses tout jeunes frères dont la seule vue l'irritait, alors qu'elle vivait précédemment en fort bonne intelligence avec eux. L'enfant est renfermé, triste, la tête basse, évitant d'affronter le regard de tout observateur. Il ne répond pas aux questions posées et ne fait usage de la voix que pour crier au moment des paroxysmes douloureux.

Cet état psychique peut être porté à un degré tel

qu'il prime tous les autres signes et qu'il y a lieu de décrire une forme psychique de l'acrodynie.

Voici deux observations personnelles où les sujets semblent en effet relever plus de la psychiatrie que de la pédiatrie.

OBSERVATION I

R... Marc, 11 ans, enfant très bien portant, intelligent, bien équilibré, très travailleur, aucune tare nerveuse dans la famille.

Ses maîtres avaient observé que depuis une rougeole sans complications, ses capacités intellectuelles diminuaient rapidement : l'enfant n'arrivait pas à faire ses devoirs, ne savait plus ses leçons et pleurait sans cesse, sans raisons. Les parents avertis essayaient en vain de l'aider dans son travail : les résultats étaient navrants, l'enfant restait hébété sur ses cahiers et ses livres, sans comprendre ce qu'il faisait.

Environ un mois après cette chute intellectuelle, il est pris en classe d'un délire violent, déchire ses cahiers, fait voltiger ses livres sur la tête de ses camarades voisins, s'agite d'une façon désordonnée, remue les bras et les jambes et donne des coups dans toutes les directions. La face est congestionnée, les yeux sont vifs et exorbités. Il pousse des cris stridents et profère des injures à ceux qui l'approchent pour le maîtriser. Au bout de trois ou quatre minutes, la crise cesse et l'enfant est reconduit à ses parents.

Quand nous le voyons, il est prostré, les yeux va-

gues, le faciès blafard, ne répondant pas aux questions posées. La langue est intacte, il ne bave pas, ne s'est pas souillé ; les pupilles sont légèrement dilatées, mais sont égales et réagissent également à la lumière. L'examen ne décèle aucun signe de réaction méningée ; la température est de 37°1, le pouls est à 130.

Un grand bain, un calmant et l'enfant dort parfaitement.

La journée du lendemain est bonne, mais l'enfant reste taciturne, mange mal. Dans la nuit, une nouvelle crise survient : l'enfant se lève en sursaut, se précipite vers la fenêtre et n'est rejoint par son père qu'au moment où il est sur le point de l'enjamber. Celui-ci a toutes les peines à le maîtriser, car les forces de l'enfant semblent décuplées.

A notre arrivée, nous le trouvons grimaçant, rouge, menaçant toutes les personnes présentes. Cette même action délirante se renouvelle deux fois dans la journée en dépit de tous les calmants ordonnés et de l'hépatrol injecté, en raison de l'insuffisance hépatique notoire du sujet.

L'examen ne révèle rien d'autre que la rapidité du pouls : 130, vérifiée par les parents en dehors des crises et une température toujours normale.

La famille désorientée propose de le faire enfermer estimant qu'il est vraiment fou et qu'il est dangereux de le garder à la maison.

Nous leur conseillons de temporiser et leur redonnons confiance en leur faisant entrevoir que la cause

de cette manie aiguë peut être curable par un traitement médical.

Trois jours plus tard, apparaissent sur le cou et le tronc de petites vésicules démangeantes, des sueurs profuses avec sudamina. L'enfant est alternativement déprimé et agité ; il crie au milieu de son sommeil, s'assied « en tailleur » dans son lit et se frotte les mains et les pieds sans arrêt quoique rien d'anormal ne soit visible à leur niveau.

On soumet l'enfant aux bains généraux de rayons U. V. On lui donne des vitamines associées, du sympathyl ; on prescrit du staprolysat et de l'acécholine en piqûres. En trois semaines, le calme se rétablit, le malade s'alimente un peu et dort mieux. Au bout de deux mois, il est normal, passe une excellente convalescence à la mer et rentre au collège où il reprend la tête de sa classe.

OBSERVATION II

M... Roger, 9 ans.

Bien portant jusqu'à la coqueluche qu'il a contractée il y a trois mois. Celle-ci s'est accompagnée d'un peu de fièvre pendant trois semaines avec adénopathie bronchique. Cet enfant est bien équilibré, calme, d'un naturel gai et opportuniste.

Depuis son retour en classe, il ne donne aucune satisfaction à son maître d'école. Il est absent, distrait, et répond mal aux questions qu'on lui pose. Il a même des crises de mutisme avec des rires et des

pleurs spasmodiques qui obligent l'instituteur à le rendre à ses parents. Il devient de plus en plus mélancolique, balbutie des mots presque inintelligibles.

Nous avons l'occasion d'assister à une véritable crise de délire de persécution et de folie mystique ; il n'existe aucune tare nerveuse de ce genre dans la famille.

Après examen, nous constatons une accélération considérable du pouls : 140, en divergence avec la température : 36°9. L'enfant présente des éruptions papuleuses démangeantes sur le ventre ; il a des sueurs la nuit. Il refuse de manger et dort très mal la nuit pendant laquelle il ne cesse de se gratter et de se plaindre de douleurs de l'abdomen où l'examen ne décèle rien d'anormal.

Des rayons U. V., des vitamines, acéchéoline ; yohimbine, du gardénal à faibles doses, permettent de voir s'atténuer progressivement tous les troubles d'abattement, les idées de persécution. L'enfant reprend ses jeux ; ses démangeaisons disparaissent. Il repart à l'école quatre mois plus tard, guéri complètement. Il est gai et n'a plus jamais depuis présenté aucun trouble psychique.

D'emblée, ces deux malades semblaient ressortir plus de la psychiâtrie que de la pathologie générale : manie aiguë, mélancolie, délire de persécution ; sans isolement, par le traitement de la cause acrodynique seul, tous les troubles psychiques se sont effacés.

2° FORME OPHTALMIQUE

Six autres de nos jeunes malades présentaient des lésions oculo-palpébrales.

OBSERVATION I

M... René, 6 ans.

Depuis plusieurs semaines, les parents le soignaient; pour une conjonctivite banale; avec lavages et gouttes dans les yeux. Ils avaient tous observés, qu'en dépit de la bénignité apparente de l'affection, l'enfant devenait triste, présentait des démangeaisons considérables des paupières et des joues, qu'il avait des crises douloureuses à paroxysmes nocturnes. L'enfant fuyait la lumière et n'ouvrait plus les yeux; les paupières étaient rouges et boursoufflées, surtout au niveau du bord palpébral.

Conjointement, l'état général faiblissait: l'enfant tenait mal sur les jambes et réclamait souvent son lit; l'appétit était nul.

La température était au-dessous de la normale: 36°4 le matin, 36°8 le soir, mais le pouls très rapide: 132.

En recherchant, on découvrait des éruptions plus ou moins discrètes, papulo-vésiculeuses et démangeantes, sur le tronc et l'abdomen, à l'extrémité des mains où quelques-unes, éclatées, formaient des petites squames furfuracées. En raison de ces derniers symptômes, le diagnostic de forme conjunctivo-palpebrale d'origine acrodynique est porté et le traitement de cette affection fait disparaître en cinq semaines tous les signes oculaires, palpébraux et généraux.

OBSERVATION II

T... Marcelle, 7 ans.

A la suite d'une rougeole normale, elle présente une kérato-conjonctivite qui nous semble relever d'abord du processus morbilleux récent. Mais au bout de cinq jours, on voit apparaître sur les paupières et les joues, une éruption eczématiforme, très prurigineuse ; l'enfant devient grognon, ne s'alimente plus et présente des crises douloureuses, pendant lesquelles elle se jette la tête « comme un fou » sur les parois de son lit.

Le pouls est rapide : 128 ; la température basse : 36°5.

L'état psychique, le pouls rapide, les éruptions font penser, en dépit de l'absence, de tout autre signe, à la forme oculaire de l'acrodynie et le traitement institué fait rentrer dans l'ordre tous les signes pathologiques en sept semaines : restitution ad integrum.

OBSERVATION III

Enfant de 5 ans, bien portant jusqu'aux oreillons qui datent de deux mois, sauf une poussée d'eczéma des nourrissons à l'âge de trois mois.

Il a la figure couverte de papiles rougeâtres dont certaines ont été excoriées et sont couvertes de croûtelles. Mais ce qui frappe, ce sont les paupières en coque de noix, constellées de ces papules, les bords ciliaires sont rouges et croûteux, la conjonctive palpébrale est baignée de pus et chémosique.

L'enfant ne veut pas qu'on s'approche de lui, se débat et frappe sa mère. Il est toute la journée assis dans son lit en train de se gratter et refuse souvent de s'alimenter. Il maigrit et dort très peu la nuit. Les parents attirent l'attention sur les battements rapides du cœur, le pouls est en effet à 126 ; il n'y a pas de fièvre.

Traitement : rayons U. V., staprolysats, gardénal à petites doses, vitamines associées, guérison en six semaines.

Revu trois mois après : il ne reste absolument rien ni des signes oculaires ni des signes psychiques et généraux ; le malade a repris deux kilos qu'il avait perdus.

OBSERVATION IV

Enfant de 5 ans — bel enfant ; à la suite d'une coqueluche datant de trois mois, est pris subitement de picotements violents dans les yeux ; il ferme les

paupières depuis lors et il refuse de les ouvrir même dans une pièce sombre. Il existe à l'examen des signes nets de kérato-conjonctivite, et même en un point à gauche la cornée est dépolie ; ulcérée ; aucun autre signe, sauf le pouls anormalement rapide et quelques troubles psychiques (abattement, tristesse) et généraux (perte de l'appétit, amaigrissement depuis quelques semaines).

Le traitement spécifique, sur les conseils du spécialiste consulté, a été mis en œuvre depuis quelques semaines sans résultats : l'enfant devient de plus en plus abattu, la kératite devient de plus en plus intense (ulcère cornéen du cadran inférieur gauche) ; au 35^e jour après le début apparaît sur les joues une éruption très démangeante qui se généralise sur le tronc et atteint également les doigts de la main droite.

A l'examen pratiqué à cette date, les signes nous semblent suffisants pour établir le diagnostic d'acrodynie à forme oculaire et un traitement approprié qui fait disparaître et l'éruption et l'ulcère cornéen en deux mois, sans traces.

OBSERVATION V

Enfant de 6 ans, au-dessus du poids physiologique, présente, à la suite d'une rhinopharyngite aiguë, des douleurs oculaires et un écoulement purulent palpébral avec tuméfaction qui dure depuis plus d'un mois. L'enfant souffre surtout la nuit, frotte conti-

nuellement ses yeux et s'agite « comme un fou » quand on veut l'en empêcher. Il est taciturne et ne veut voir personne, même sa mère ; il ne mange pas et maigrit.

Aucune température ; pouls très rapide : 134.

L'examen complet permet de constater en plus des signes décrits plus haut, une rougeur locale des extrémités des doigts avec desquamation extrêmement discrète.

Le diagnostic posé, le traitement est institué et tous signes disparaissent en un mois et demi.

OBSERVATION VI

Enfant de 8 ans et demi, amené pour maux de tête violents surtout la nuit, douleurs oculaires avec conjonctivite intense. Tous ces phénomènes ont débutés après une grippe accompagnée de fièvre élevée, de toux et d'angine pultacée.

Absence de sinusite à l'examen, pas de fièvre, pouls rapide : 126 ; rien dans les urines.

Quelques petites vésicules sur les joues et sur la paupière droite. Au bout de cinq à six jours, éruption semblable et très démangeante sur le thorax, insomnie presque complète, perte de l'appétit et apparition d'un abattement général considérable avec mélancolie.

On institue le traitement de l'acrodynie et dès la huitième séance d'U. V. le malade dort, ne souffre plus de la tête. Il guérit totalement en deux mois et demi.

Dans tous ces cas, n'était-il pas logique de penser primitivement à des kérato-conjonctivites si fréquentes chez l'enfant, voire spécifiques; à des conjonctivites banales. Sans doute, avant la connaissance de l'acrodynie, beaucoup de ces affections ont été considérées à tort comme des séquelles de la rougeole ou d'autres maladies infectieuses.

3° FORME AURICULAIRE.

Les formes auriculaires observées ont toutes débuté par une douleur vive ; profonde dans la région du conduit auditif et sous le pavillon près de l'angle maxillaire, prise au début pour un symptôme initial soit des oreillons, soit d'une otite avec mastoïdite ; mais l'absence de toute température et de signes tympaniques permettait d'éliminer ces diverses affections.

Au bout de trois ou quatre jours, on note l'apparition de petites vésicules dans le conduit, sur le pavillon de l'oreille et dans la région cutanée avoisinant la mastoïde, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés. En somme on trouve un conduit auditif rouge douloureux, un pavillon rouge et démangeant comme dans les engelures, puis érosions avec croûtelles et desquamation.

Dans la première observation, il s'agissait d'un enfant de 5 ans présentant conjointement un syndrome oculaire constitué par une kérato-conjonctivite et une éruption démangeante et desquamative sur les épaules et le bras gauche.

Dans la deuxième observation, les signes d'otite externe ont été très marqués avec suintement et tuméfaction du conduit au point de l'obstruer. Il existait des crises douloureuses d'une violence considérable pendant lesquelles l'enfant se donnait des coups sur la tête et s'agitait de façon désordonnée sans qu'aucun calmant ne puisse amener d'apaisement à ses crises.

Dans la troisième observation concernant un enfant de 10 ans et demi, la localisation fut bilatérale et les signes d'acrodynie s'étendirent trois semaines plus tard aux extrémités, donnèrent lieu à un amaigrissement considérable et à un fléchissement de l'état général très impressionnant.

Dans aucun cas, il n'y eut ni otite moyenne ni complication mastoïdienne et les tympans demeurèrent normaux.

Ces formes qui simulèrent l'otite grave avec mastoïdite, les oreillons, le zona auriculaire, disparurent assez rapidement (6 à 8 semaines) par le traitement acrodynique.

4° FORME DERMATOLOGIQUE

L'acrodynie s'accompagne toujours d'éruption, miliaires et vésiculaires rappelant les lésions eczémateuses avec démangéaisons considérables.

Nous avons observé trois cas où cette affection revêtait le type de l'eczéma généralisé à tel point qu'ils avaient été traités, sans résultats ; comme tels, pendant plus d'un mois.

OBSERVATION I

Enfant de 11 ans et demi, sans antécédents asthmatiques ou eczémateux, n'ayant jamais eu d'éruption même pendant la première enfance ; très bien portant jusqu'aux oreillons.

Un mois après cette seule maladie, il présente une éruption généralisée de la tête aux pieds, très démangeante, constituée de papulo-vésicules très peu suinantes, toutes excoriées par le grattage. Il ne dort plus et les crises de grattage s'accompagnent de douleurs vives aux extrémités qui ne se calment qu'en plongeant les pieds et les mains dans de l'eau froide.

Il maigrit, perd l'appétit, tient difficilement sur les jambes. Les réflexes patellaires et achilléens sont très diminués. Il est taciturne et prend un aspect revêché, mauvais, dès qu'on l'approche.

La température est normale et son pouls bat à 130.

Toutes les médications employées pour calmer les démangeaisons sont demeurées sans effet.

En l'examinant, en plus des signes généraux psychiques qui nous ont frappé, nous constatons que les extrémités sont un peu violettes, tuméfiées, douloureuses. La nuit il frotte ses extrémités avec force et ces régions sont particulièrement excoriées ; le suintement est presque nul.

Nous pensons devoir porter le diagnostic d'acrodynie et le traitement agit en quatre semaines, faisant disparaître les douleurs et atténuant les éruptions qui n'existent plus au début de la septième semaine.

OBSERVATION II

Il s'agit d'un enfant de 6 ans et demi, rachitique adénoïdien ayant eu une angine avec otite en février.

Vers le 15 mars, les parents s'aperçoivent que l'enfant se gratte et ils voient apparaître en huit jours une éruption eczématiforme généralisée. Il devient hargneux et ne dort plus la nuit. Il est pris de crises douloureuses, s'agite, crie cinq à six fois par nuit. Il n'a pas de fièvre, mais son cœur bat très vite « 126 ». Il est assis dans son lit frottant ses mains et ses pieds

à chaque instant ; le gros orteil et les trois premiers orteils sont rouges violacés. Aux mains : rien d'apparent ; néanmoins, en serrant légèrement l'avant-bras avec un garrot, la coloration violette des doigts apparaît des deux côtés.

Il est soumis au traitement de l'acrodynie et guérit en deux mois totalement : il retrouve son équilibre mental et physique.

OBSERVATION III

Enfant de 13 ans, réglée depuis 3 mois, ayant présenté une rougeole simple deux mois avant l'apparition d'une éruption eczémateuse que les parents attribuent à ce qu'elle n'est pas réglée régulièrement ni assez abondamment. Elle ne peut plus voir son frère plus jeune sans lui dire des sottises et le menacer. Elle passe ses nuits à se gratter et à se plaindre ; elle tient ses doigts en crochets et les frotte les uns contre les autres.

Elle est apyrétique, mais le pouls est rapide : 136. Il n'existe aucun signe d'acroasphyxie.

Néanmoins, troubles psychiques, insomnies, douleurs centrifuges, pouls rapide sans fièvre et éruptions sèches démangeantes nous permettent de penser à l'acrodynie et d'en établir le traitement qui donne en deux mois une restitution *ad integrum*.

5° FORME URINAIRE

Plus curieuse encore est l'observation d'une jeune malade de 12 ans, non réglée qui, à la suite des oreillons avec angine pultacée importante et fièvre élevée pendant quatre jours, présente au bout de trois semaines, des douleurs dans le bas ventre considérables avec envies très fréquentes d'uriner, d'aspect de cystite aiguë ; mais les urines sont absolument claires, ne présentent ni albumine, ni pus, ni colibacille, ni B. K. Un toucher rectal ne donne aucun renseignement et l'on se perd en conjectures sur la nature de la pollakiurie, les douleurs hypogastriques que l'on rapporte finalement à une « ovarite ourlienne » quoique la pression et le toucher ne révèlent rien d'anormal.

Dix jours plus tard, l'enfant se gratte la vulve à chaque instant du jour et de la nuit, ne dort plus, s'agite et crie lorsqu'elle urine.

Deux jours plus tard apparaît une coloration un peu violacée de la vulve avec un semis de vésicopustules que la malade excorie de ses ongles et qui tuméfie la région vulvaire. Ces éruptions s'étendent sur les cuisses.

L'enfant maigrit, présente un abattement et un mutisme avec tristesse qui ne lui sont pas habituels. Pas de température, pouls à 128.

Malgré l'anomalie de cette localisation, nous pensons à une acrodynie de siège anormal, que semble bien confirmer l'apparition d'éruptions démangeantes sur le ventre et les flancs.

Le traitement institué calme en quatre semaines les douleurs hypogastriques et les démangeaisons et la malade est soulagée parfaitement en six semaines.

Cette acrodynie avec atteinte d'aspect viscéral doit être rapprochée, à notre avis, de certains phénomènes douloureux paroxystiques abdominaux observés au cours de l'acrodynie classique et que n'expliquent ni des troubles hépatiques ou d'autres organes ayant une symptomatologie pathologique abdominale.

Ces algies viscérales nous ont paru très fréquentes dans tous les cas classiques d'acrodynie que nous avons observés.

5° FORME DENTAIRE

Une dernière observation a trait à une enfant de 12 ans et demi qui est de santé robuste. Elle a fait la coqueluche, la diphtérie, les oreillons et récemment la rougeole.

Environ 25 jours après celle-ci, elle est prise de névralgie dentaire au niveau de l'hémimâchoire supérieure droite, elle ne peut plus dormir ; le dentiste consulté trouve les dents exceptionnellement en bon état et conseille quelques comprimés d'aspirine et de véganine, des bains de bouche, des applications chaudes, etc...

Mais les douleurs deviennent très vives ; l'enfant crie ; ne dort plus, s'agite, se tape la tête sur les parois du lit et devient d'un caractère et d'une irrascibilité inquiétants. Elle ne s'alimente plus, maigrit et s'excorie par ses grattages la peau des joues et de la nuque. Il n'existe pas d'éruption.

Au bout de 10 jours, les mêmes signes douloureux subsistent, mais une éruption eczématiforme se développe au cou et sur la face particulièrement marquée sur la joue droite et s'étendant sur la paupière infé-

rieure de ce côté. De loin on pourrait penser à un zona, mais les éléments sont diffus, non herpétiformes et d'un prurit très marqué. D'ailleurs l'éruption s'étend au thorax et au ventre.

Quinze jours plus tard, aux extrémités où les éléments sont presque confluents aux doigts et aux orteils, l'on observe des troubles d'acroasphyxie.

D'ailleurs on ne note aucune réaction thermique, mais un pouls rapide à 134.

Dès le diagnostic posé, le traitement par les rayons U. V. est posé et les signes s'amendent : les douleurs disparaissent en trois semaines, les éruptions en huit semaines.

CONCLUSION

L'acrodynie prend donc, en dehors de l'aspect classique, si caractéristique qu'il suffit d'en avoir vu un cas pour reconnaître tous les autres, des formes si multiples qu'elle peut se présenter à nous avec des signes locaux si prépondérants qu'ils risquent de nous la faire méconnaître.

C'est une maladie protéiforme à laquelle il faut toujours penser chez l'enfant qui souffre, qui se gratte, qui s'étirole, qui présente du déséquilibre psychique sans fièvre, avec tachycardie.

Qu'on nous permette en terminant de rapprocher l'acrodynie de toutes les affections douloureuses névralgiques, le zona dont le germe, comme celui de la poliomyélite, comme celui du rhumatisme, nous est inconnu, virus filtrant certes, mais encore non identifié malgré de si savantes recherches.

Le rhumatisme si fréquent il y a quelques années encore, semble avoir diminué dans des proportions considérables. De même la chorée dite rhumatismale devient une rareté.

Par contre l'acrodynie a progressé et semble chaque jour gagner du terrain. Elle nous paraît d'une certaine contagiosité et les nombreux cas que nous

avons observés sont presque tous venus des confins du département (de Maine-et-Loire) touchant la Loire-Inférieure ; et dans certains pays plusieurs cas nous ont été présentés dans la même année. La région à l'ouest d'Angers par contre nous semble avoir été épargnée par la poliomyélite alors que la région saumuroise en a été au contraire très atteinte. Il ne semble donc pas y avoir de relations épidémiques entre ces deux affections.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu d'isoler les acrodyniques, spécialement les enfants au-dessous de 13 ans, au moins pendant six semaines.

Notre traitement est le traitement classique par les rayons U. V., par les vitamines associées, spécialement riches en vitamine A, le staprolysate dès le début, les piqûres d'acécholine en cas d'acroasphyxie très marquée aux extrémités, des lotions camphrées, des enveloppements frais pour calmer les démangeaisons des extrémités.

Rappelons seulement que c'est une affection à laquelle il nous faut toujours penser et que c'est à cette seule condition que nous ne laisserons pas passer méconnues les formes atténuées, frustes ou localisées qu'elle présente si fréquemment.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ATHANÉ. — Réflexions sur quelques cas d'acrodynie infantile.
- BAIZE P. — Acrodynie infantile (*Le Concours Médical*, 15 mars 1936).
- BEUTTER. — A propos de l'acrodynie infantile (*La Loire Médicale*, février 1935).
- André BRETON et G. LEFÈBRE. — À propos de cinq cas d'acrodynie infantile (*Pédiatrie*, janvier 1935).
- R. BROCA. — Acrodynie (*Bul. méd.*, suppl. au n° 25 du 18 juin 1938).
- J. BROCK. — Acrodynie chez deux frères.
- L. CAUSSADE, N. WEIMANN, Mlle BITSCHINÉ. — Formes insolites et graves de l'acrodynie (*Soc. de méd. de Nancy*).
- L. CAUSSADE, J. WATRIN, WEIMANN. — L'acrodynie maligne (*Archives de Médecine des enfants*, fév. 1939).
- R. CRUCHET. — Sur un cas d'acrodynie à forme paralytique (*Soc. de méd. infant. de Bordeaux*).
- J. GADRAT. — Sur les manifestations cutanées au cours de l'acrodynie infantile.

L. GAROT. — Un cas d'acrodynie chez une enfant hérédo-syphilitique (*Le Scalpel*, n° 11, mars 1935).

GAUTIER. — L'acrodynie à début masqué.

André HANAULT. — L'acrodynie infantile (*Gaz. Méd. de France*, décembre 1937).

G. HEUYER, Mme ROUDINESCO, VENDRYES. — Forme psychique d'acrodynie infantile (*Société de neurologie de Paris*, décembre 1937. *Revue neurol.*, déc. 1937).

HOULLIER et FERRU. — Un cas particulier d'acrodynie infantile (*Actualité médico-chirurgicale*, mars 1936).

Jean LEVESQUE. — A propos de quinze observations d'acrodynie (*La pédiatrie pratique*, n° 12, 15 décembre 1936).

— Sur une forme atypique de l'acrodynie, la forme douloureuse abdominale. Considérations sur le traitement de l'acrodynie (*Rev. de Médecine*, avril 1938, p. 116).

MOURIQUAND, BERNHEIM, BADINAND. — Acrodynie avec réactions abdominales (*Pédiatrie*, janvier 1935).

C. ROCAZ. — L'acrodynie infantile est-elle contagieuse ? (*Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, mars 1937).

ROCAZ, R. LARTIGAUT. — Acrodynie infantile familiale (*Pédiatrie*, janvier 1935).

E. THÉBAUD. — Quelques aspects cliniques de l'acrodynie infantile. A propos de 32 cas observés dans la région nantaise. (Thèse, Paris, 1935).

André THOMAS. — Acrodynie ou névraxite (*La Médecine*, n° 3, février 1938).

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
